



CASA DI CURA  
ERETENIA

Vicenza, 15 aprile 2024

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2023

In ossequio alla Legge 8 marzo 2017 n. 24 la Casa di Cura Eretenia Spa ha tra gli adempimenti operativi anche la predisposizione annuale di una relazione sugli eventi avversi verificatisi nella Struttura sanitaria, sulle cause che hanno prodotto tali eventi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

La gestione del Rischio Clinico e del contenzioso derivato da medical malpractice, viene affrontata nell'ambito della gestione del rischio clinico con la collaborazione di diversi settori della Struttura Sanitaria quali:

Il Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente o Risk Manager, funzione svolta dal Direttore Sanitario Dott. Edoardo Vanzetto.

Il Responsabile dell'Ufficio Legale Avv. Francesco Pasquino.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Responsabile Dott.ssa Paola Galvan

Il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza.

Compito della Direzione Sanitaria, di concerto con gli uffici suddetti, è quello di dare attuazione al processo di miglioramento continuo della qualità mediante:

1. Valutazione Eventi Avversi attraverso lo strumento dell'Incident Reporting atto a segnalare gli eventi avversi propriamente detti nei quali si verifica un danno e i near Miss o eventi evitati nei quali la situazione non è seguita da danno al paziente e/o alla Struttura.  
La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss va ricompresa nella cultura della sicurezza e non nella colpevolizzazione dell'operatore sanitario coinvolto. Tale processo è quindi punto importante nella prevenzione dell'errore.
2. Definizione di una mappa dei rischi sia attraverso la rilevazione statistica nelle varie aree della Struttura Sanitaria sia anche mediante incontri di audit.
3. Controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza mediante un processo di formazione continua del personale e di sensibilizzazione alle più comuni metodiche di prevenzione anche nei confronti dell'utenza esterna afferente alla struttura.
4. Attento monitoraggio del trattamento e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prodotti all'interno della Struttura Sanitaria.

### MODALITA' APPLICATIVE:

1. Disamina della documentazione sanitaria con attività istruttoria delle pratiche;
2. Assistenza ai Sanitari per le eventuale stesura di relazioni su casi clinici oggetto di contestazione;
3. Espressione di parere in merito alla valutazione del percorso assistenziale e all'applicazione di protocolli in essere presso la struttura;
4. Inserimento dei dati degli eventi avversi e near miss nel portale Regionale GRSC;
5. Programmazione di audit;

## SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E QUASI EVENTI REPORT 2023:

La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata alla Direzione Sanitaria da parte di tutto il personale della Casa di Cura Eretenia, Medici, Infermieri, Operatori Sanitari ed Amministrativi tramite lo strumento dell'Incident Reporting.

La Direzione Sanitaria a sua volta alimenta un sistema di segnalazione regionale GRSC (Gestione Rischio Clinico).

La gestione delle segnalazioni da modo al Risk Manager di identificare i pericoli ed i rischi potenziali identificando anche le aree che possono presentare punti deboli.

Le segnalazioni pervenute tramite l'Incident Reporting nell'anno **2023** sono state le seguenti:

### TOTALE SEGNALAZIONI N. 31

Eventi sentinella: 0

Eventi senza danno: 31

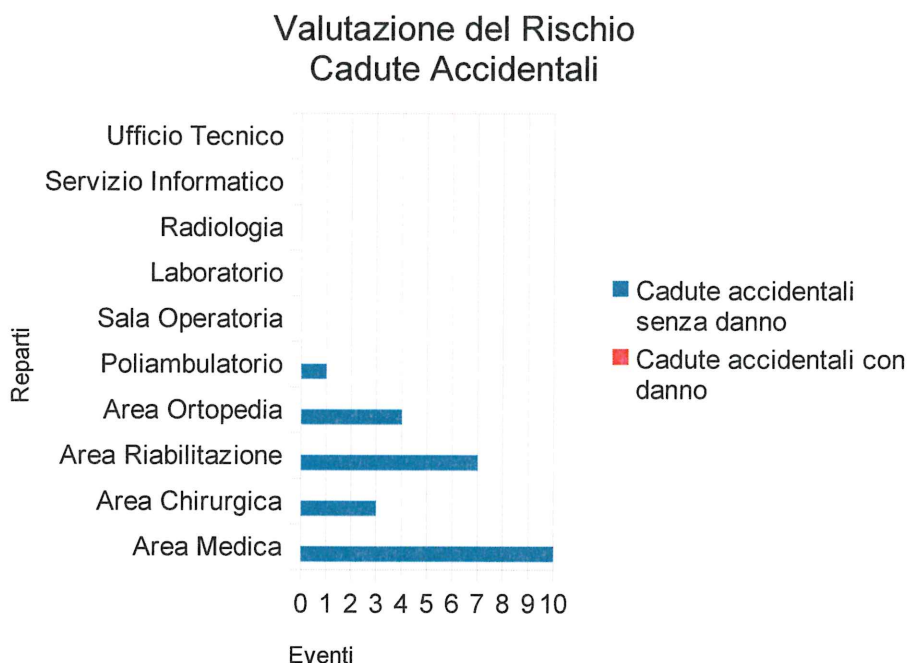
Di cui "Eventi senza danno":

25 cadute

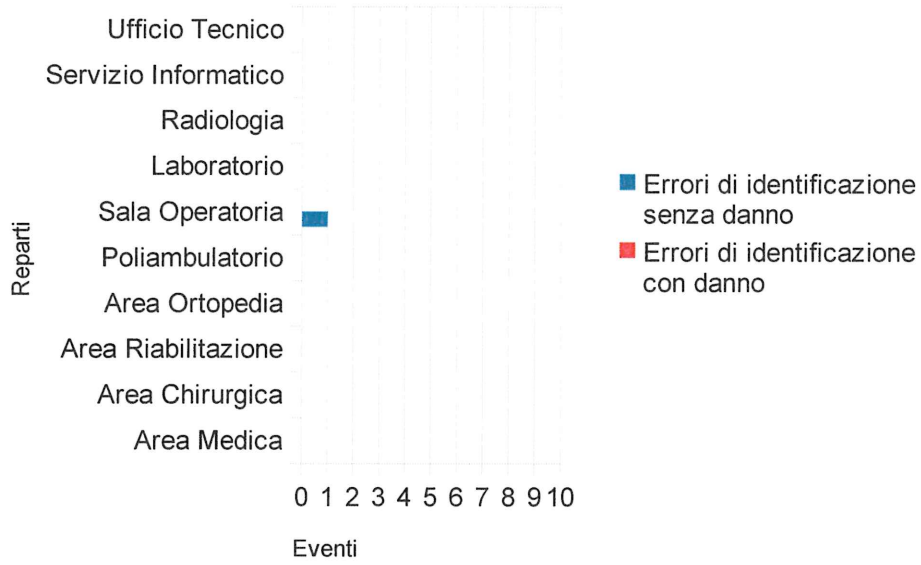
1 errore di identificazione

4 reazione a farmaci

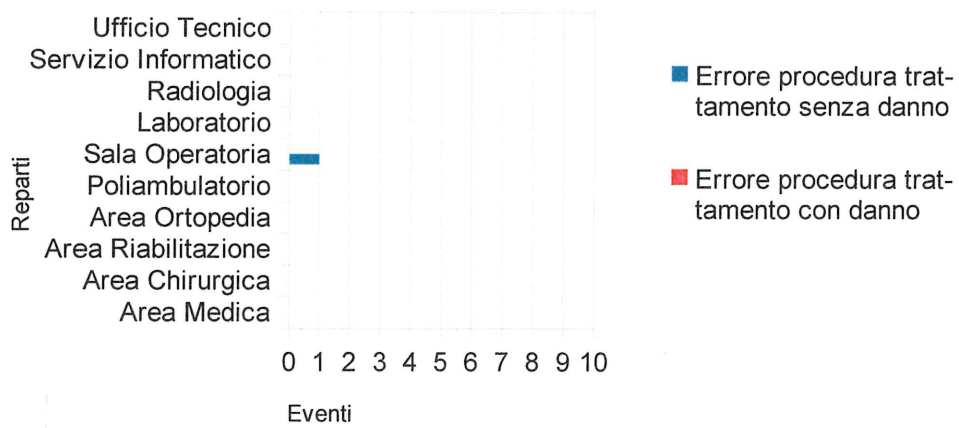
1 errore di procedura/trattamento



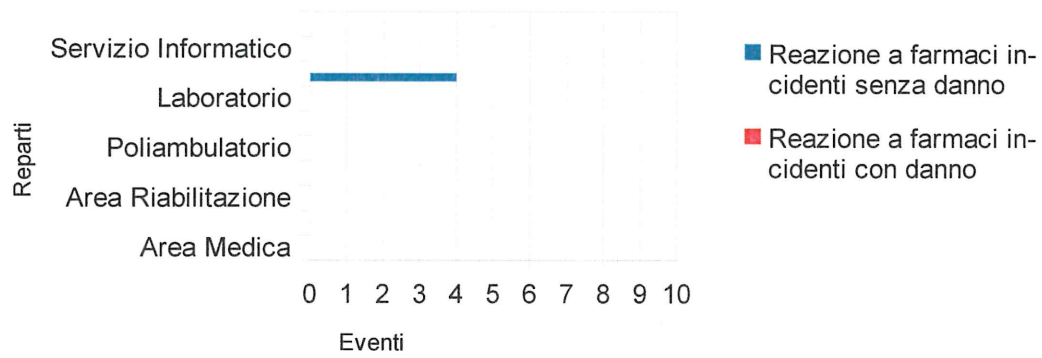
### Valutazione del Rischio Errori di identificazione



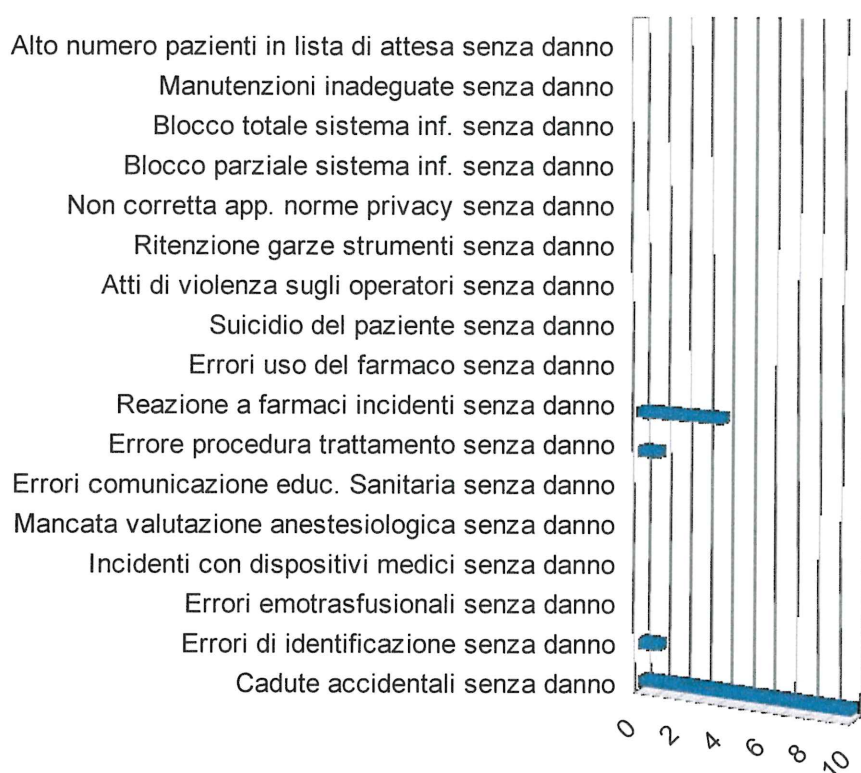
### Valutazione del Rischio Errore procedura trattamento



## Valutazione del Rischio Reazione a farmaci incidenti



## Valutazione del Rischio Totali per tipologia evento



### **EVENTI AVVERSI:**

Si considerano Eventi Avversi quegli accadimenti durante l'attività sanitaria che hanno comportato un danno attuale o potenziale a carico dei pazienti.

Durante l'anno 2023 sono stati registrati due Eventi Avversi con esclusivo danno potenziale; in un caso il danno potenziale si è limitato alla sola tempistica di esecuzione della procedura. Nel secondo caso il danno potenziale perdura nel tempo e necessita di follow-up.

Per tali Eventi Avversi si è proceduto alla formulazione di Audit ad hoc.



## **ATTIVITA' DEI COMITATI:**

Risultano operativi i seguenti Comitati:

**Comitato Prevenzione Infezioni Ospedaliere;**  
**Comitato Risk Management;**  
**Comitato Buon Uso del Sangue COBUS.**

Durante l'anno 2023 sono stati convocati due volte i Comitati con la presenza di tutti i componenti trattando nelle singole riunioni le seguenti tematiche:

Comitato Prevenzione Ospedaliere:

- Protocollo Legionella
- Sorveglianza di Laboratorio sui Germi Sentinella e monitoraggio resistenze batteriche
- Monitoraggio consumo antibiotici
- Denuncia Aulss per caso Salmonella e trattamento sanificazione ambientale
- Valutazione incidenza infezione sito chirurgico
- Valutazione controlli processo di sterilizzazione
- Determinazione tematiche corsi di aggiornamento
- 

Comitato Risk Management:

- Valutazione eventi avversi ed individuazione della necessità di eventuali nuovi protocolli
- Aggiornamento Protocollo dimissione protetta
- Aggiornamento Protocolli relativi alle Raccomandazioni Ministeriali
- Determinazioni tematiche corsi di aggiornamento

COBUS:

- Monitoraggio consumo sacche componenti ematiche
- Aggiornamento Protocollo Albumina
- Modifica esami del sangue pre-operatori

## **RILEVAZIONE QUALITA'PERCEPITA:**

La Direzione Sanitaria, al fine di valutare la qualità percepita dall'utenza, elabora, a seguito della somministrazione di questionari, un report sulla base del quale attua nuove modalità operative e comportamentali.

A seconda delle necessità o delle situazioni critiche emergenti vengono attuate delle rilevazioni con questionari predisposti ad hoc.

Dati 2023:

Nel corso dell'anno 2023 sono stati somministrati dei questionari nelle Unità Operative con i seguenti Items:

1. tempo di attesa agli sportelli per la prenotazione e l'accettazione;
2. orari di apertura degli sportelli al pubblico;
3. comportamento degli operatori agli sportelli
4. comportamento degli operatori nei reparti
5. modalità di informazione fornite agli sportelli e dal personale di reparto;
6. valutazione delle zone di attesa;
7. valutazione della pulizia dei servizi igienici;
8. valutazione della pulizia della camere;
9. valutazione dell'assistenza medica ricevuta;
10. valutazione dell'assistenza infermieristica ricevuta;
11. valutazione del servizio di ristorazione;

12. valutazione del tempo trascorso dalla prestazione alla consegna della risposta;

Sono stati restituiti n. 682 questionari debitamente compilati sui quali è stata eseguita analisi statistica.

Obiettivi di miglioramento raggiunti:

Complessivamente le valutazioni degli utenti per i vari Items sono risultati molto soddisfacenti con aree di miglioramento del tempo di attesa agli sportelli e della valutazione delle zone di attesa laddove vi è un elevato turn-over pazienti.

Si allegano le schede elaborate.

Obiettivi di miglioramento 2024:

Proseguimento monitoraggio della qualità percepita implementando i questionari già in uso con ulteriori modalità (questionari) dirette ai pazienti ricoverati:

Modello M-19-56: LA TUA VOCE PER UNA SANITA' MIGLIORE.

## **URP:**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP ha la funzione di:

1. Raccogliere osservazioni, suggerimenti, elogi e lamentele per disservizi e per comportamenti giudicati scorretti da parte del personale;
2. Fornire informazioni e orientare l'utenza sul corretto utilizzo dei servizi offerti dalla Casa di Cura e sull'applicazione delle procedure coinvolgenti l'Utenza esterna.

Le segnalazioni all'URP possono venire presentate mediante:

- comunicazione scritta e firmata su carta libera ovvero su format presente nel portale della Casa di Cura.;
- segnalazione telefonica ad apposito numero con personale dedicato;
- esposizione verbale diretta agli operatori dell'accoglimento.

Le segnalazioni sono trasmesse per conoscenza alla Direzione Sanitaria la quale richiede una relazione scritta ai diretti interessati sulla base della quale la stessa Direzione Sanitaria predispone di concerto con la Responsabile dell'URP risposta scritta al segnalante.

Tale relazione viene completata non oltre i 30 giorni dall'inoltro della segnalazione all'URP.

La presentazione delle segnalazioni può avvenire da parte di:

1. diretto interessato;
2. congiunti o affini al diretto interessato;
3. associazioni ed organismi di volontariato purchè accreditati presso la Regione Veneto.

## **SEGNALAZIONE URP ANNO 2023:**

Sono pervenute nel 2023 n. 25 segnalazioni così distribuite:

- n. 05 (20%) di radiologia
- n. 4 (16%) di ortopedia
- n. 2 (8%) di urologia
- n. 2 ((8%) di chirurgia
- n. 2 (8%) di endoscopia

- n. 1 (4%) di proctologia
- n. 1 (4%) di oculistica
- n. 3 (12%) di Fkt
- n. 1 (4%) punto prelievi
- n. 3 (12%) triage
- n. 1 (4%) di cardiologia

Le segnalazioni hanno riguardato i seguenti aspetti:

- SCARSA QUALITA' PERCEPITA DELLA PRESTAZIONE (40%)
- LUNGHE ATTESE PER PRENOTAZIONI (16%)
- MANCATA CONTINUITA' ASSISTENZIALE (20%)
- PROBLEMI AMMINISTRATIVI (24%)

Si sottolinea che la qualità percepita è spesso determinata da una non adeguata spiegazione da parte del Sanitario delle modalità di erogazione della prestazione.

In alcuni casi tale non adeguatezza deriva dall'impiego da parte del Sanitario di termini tecnici.

Il problema delle lunghe attese per prenotazioni prevalentemente ambulatoriali con SSR può derivare dalla sproporzione tra le richieste, tal volta poco appropriate, e gli ambulatori programmati dei singoli specialisti.

La mancata continuità assistenziale può derivare da una tendenza alla superspecializzazione da parte di un Sanitario tale da non soddisfare la valutazione olistica del paziente.

#### **OBIETTIVI 2024:**

- Implementazione incontri con Comitati Ospedalieri al fine di migliorare costantemente la pratica sanitaria per ridurre il rischio delle infezioni legate all'assistenza;
- Raccomandazione ai Clinici sull'applicazione delle buone pratiche cliniche e delle linee guida con particolare riguardo ai casi oncologici ricoverati nella Casa di Cura il cui trattamento non può prescindere da una valutazione multidisciplinare.
- Valutazione dell'utilizzo della strumentazione in relazione all'attività sanitaria al fine di definire un miglioramento del rapporto costo-utilizzo e costo-beneficio, con applicazione delle metodiche di HTA.
- Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in termini di setting e codifica, con valutazione del NAC interno e costante rapporto con il NAC Aulss 8 Berica.

CASA DI CURA ERETENIA SPA  
Il Direttore Sanitario e Risk Manager  
Dott. Edoardo Vanzetto

